DISSERTATION

N° 75.

SUR

LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LA TROISIÈME POSITION

DU SOMMET DE LA TÊTE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 25 avril 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR E.-P. EYMERY, de Lussac,

Département de la Gironde.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	.....
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Suppléant.* / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER, *Examinateur.* / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	DUBOIS. / BOYER. / ROUX. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle, *Suppléant.*	Gerdy.
Bérard.	Gibert, *Examinateur.*
Blandin.	Hatin.
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier.	Martin Solon.
Briquet, *Examinateur.*	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

PATRI CARISSIMO

ET

MATRI DILECTISSIMÆ.

Venerationis et amoris pignus æterni.

E.-P. EYMERY.

PATRI CARISSIMO

ET

MATRI DILECTISSIMÆ.

DISSERTATION

SUR

LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LA TROISIÈME POSITION

DU SOMMET DE LA TÊTE.

Exposer le mécanisme de l'accouchement, c'est faire connaître la puissance qui expulse le fœtus hors du sein de la mère, où il est contenu, et la direction qu'il suit en traversant la filière du bassin. Mon but n'est point d'envisager la question sous son point de vue général ; je me perdrais en voulant traiter toutes les variétée de cette position : elle peut, en effet, être compliquée de tous les accidens imaginables en fait d'accouchemens. Je vais donc la restreindre, et la prendre sous un point de vue bien simple en apparence. *Une tête et un bassin bien conformés étant donnés, avec toutes les circonstances favorables pour un accouchement naturel, comment se termine le travail? quelles sont les conditions nécessaires pour que l'accouchement se termine naturellement?* Je démontrerai par le raisonnement et par l'expérience que, dans le premier cas, l'accouchement, physiquement impossible

par les seuls efforts de la nature, réclame impérieusement les secours de l'art. Je réduirai à deux les conditions nécessaires pour la terminaison naturelle de l'accouchement : une tête plus petite que dans l'état naturel, ou un bassin plus grand qu'il ne l'est normalement, et mieux encore la réunion de ces deux causes favorables. Je ferai connaître ensuite la conduite que doit tenir l'accoucheur.

Ne voulant traiter que du mécanisme de l'accouchement, je n'aurai à m'occuper d'aucun phénomène précurseur du travail; je ne dirai rien des douleurs qui le précèdent ordinairement, rien de la dilatation progressive et graduée du col utérin ; je passerai également sous silence l'apparition et l'écoulement au dehors des glaires sanguinolentes, la formation et la rupture de la poche des eaux ; la délivrance sera également laissée de côté.

Peut-être ne sera-t-il pas déplacé, avant de commencer, d'indiquer les conditions nécessaires, tant de la part de la mère que de la part du fœtus, pour une terminaison naturelle. Il faut, de la part de la mère, que son bassin ait des dimensions suffisantes pour donner passage à l'enfant; que ses parties génitales, tant externes qu'internes, soient bien conformées ; que le vagin, la vulve et le col soient souples et faciles à dilater; que l'utérus soit parallèle ou peu incliné à l'axe du détroit supérieur; que les forces soient suffisantes pour fournir aux efforts du travail; qu'aucun accident ne vienne troubler la marche de la nature. Du côté du fœtus, il faut également quelques conditions, quoique moins nombreuses. Il est inutile de rappeler qu'il doit nécessairement présenter une des deux extrémités de la forme ovoïde sous laquelle il est naturellement ployé dans la cavité de l'utérus. Je ne demanderai donc qu'une chose, c'est qu'il soit bien conformé, et exempt de toutes maladies qui pourraient augmenter le volume naturel des parties. Ces conditions favorables étant données, entrons en matière. Esquissons d'abord en peu de lignes les rapports de la tête avec le bassin, et prévenons que c'est de la troisième position de M. *Capuron* que nous voulons parler.

Située diagonalement, la tête a l'occiput tourné vers la symphyse

sacro-iliaque droite, le front vers la cavité cotyloïde gauche. Par conséquent la suture sagittale se dirige obliquement de droite à gauche : les deux branches de la suture lambdoïde regardent, l'une la cavité cotyloïde droite, l'autre la face latérale droite du sacrum ; des deux branches de la suture pariéto-coronale, l'une est tournée vers la fosse iliaque gauche, l'autre vers le pubis du même côté. La nuque, le dos, les fesses correspondent à la partie latérale droite de l'utérus ; le visage, le cou, la poitrine et le ventre à la partie latérale gauche du même organe. Il résulte bien évidemment de là, que les diamètres occipito-frontal et bi-pariétal correspondent aux diamètres obliques du détroit supérieur, tandis que les diamètres occipito-mentonnier et occipito-bregmatique sont l'un parallèle, l'autre oblique à l'axe de ce même détroit.

Afin de bien suivre la manière dont la tête va s'engager au détroit supérieur, la direction nouvelle qu'elle sera forcée de prendre dans l'excavation, et son dégagement au détroit inférieur, il faut admettre trois temps : le premier commencera au moment où la tête, exécutant un mouvement de flexion en avant, franchira le détroit supérieur; il finira, lorsqu'après avoir parcouru l'excavation elle appuiera sur le plancher du bassin. Dans le second, l'occiput sera ramené dans la concavité du sacrum, le front derrière la symphyse des pubis. Enfin, dans le troisième, la tête se dégagera complètement au détroit inférieur. Rien de plus facile alors que de concevoir la sortie du tronc et des membres abdominaux. Remarquons que le travail marche quelquefois avec tant de rapidité, qu'il faut apporter le plus grand soin pour les reconnaître.

Premier temps. J'ai dit que dans ce premier temps la tête, après avoir exécuté un mouvement de flexion en avant, s'engageait, parcourait l'excavation et arrivait jusque sur le plancher du bassin. Quelle puissance a fait exécuter à la tête ce mouvement de flexion en avant? Qu'en est-il résulté d'avantageux? Comment enfin en prouver la réalité ?

Les contractions de la matrice, combinées avec la résistance du col et des parties molles qui tapissent le détroit supérieur, telles sont les causes qui ont fait fléchir la tête. Immédiatement après la rupture de la poche des eaux, le premier effet des contractions de l'utérus est de presser le fœtus dans toute sa périphérie, de rapprocher toutes ses parties les unes des autres, d'augmenter leur flexion, tout en cherchant à le faire engager. La résultante de ces contractions, toutes dirigées parallèlement à l'axe du détroit supérieur, toutes agissant sur la tête par l'intermédiaire de la colonne rachidienne, passe près de la fontanelle postérieure ou de l'occiput. Ce point doit donc tendre à s'engager le premier; il fait effort, mais le col, non encore suffisamment dilaté, résiste. Le front appuyant sur le muscle psoas, dont il est séparé par l'épaisseur de la matrice, ne peut pas descendre, car le diamètre oblique ne surpasse que de trois lignes le diamètre occipito-frontal. Comment, en effet, ces trois lignes pourraient-elles compenser l'épaisseur du cuir chevelu, de l'utérus, et de l'espace occupé de chaque côté par les muscles psoas et iliaque réunis? Alors la tête mobile sur son articulation occipito-atloïdienne fléchit, le menton s'incline un peu plus sur le sternum, et à la première contraction le détroit supérieur est franchi. Dès-lors aucune difficulté ne s'oppose à ce qu'elle chemine dans l'excavation.

Il est bien facile de s'assurer que les choses se passent ainsi. Au commencement du travail, on avait trouvé la tête placée comme je l'ai indiqué plus haut; on revient quelque temps après, et on est tout étonné de ne plus rencontrer les mêmes rapports; on sent que la fontanelle postérieure s'est abaissée, tandis que l'antérieure n'est presque plus accessible au doigt. La direction de la suture médiane n'a point varié : donc le menton s'est rapproché de la partie supérieure de la poitrine.

L'effet de ce premier mouvement mérite de fixer toute l'attention. Avant la flexion, la tête présentait au détroit supérieur ses diamètres occipito-frontal et bi-pariétal, le premier ne pouvait évidemment pas passer. Maintenant, au contraire, ce sont ses diamètres bi-pa-

riétal et occipito-bregmatique qui se trouvent dans la direction des diamètres obliques ; de plus, son grand diamètre suit presque la direction de l'axe du détroit supérieur. On voit que cette disposition est la plus favorable pour que la tête puisse franchir le cercle du détroit supérieur, puisqu'elle présente ses plus petits diamètres parallèlement aux plus grands de ce détroit. Arrivons maintenant au second temps de l'accouchement.

Second temps. Dans la situation où j'ai laissé la tête, il est impossible qu'elle sorte ; il faut donc que la nature avise à un nouveau moyen. Ne croyez point qu'elle soit ici embarrassée : toujours sage, toujours prévoyante, elle a tout ménagé à l'avance pour ce second temps ; la forme de la tête, la disposition des surfaces sur lesquelles elle doit rouler, tout concourt merveilleusement au but qu'elle s'est proposé. La tête va donc exécuter sur son axe un mouvement de quart de rotation qui ramènera l'occiput dans la concavité du sacrum, tandis que le front viendra se loger derrière la symphyse des pubis ; les épaules ne participent point à ce mouvement, qui est simplement dû à la torsion du col. Le raisonnement va nous rendre compte de ce second temps, et le doigt va nous en fournir la preuve incontestable.

Il n'y a qu'un instant, la fontanelle postérieure se trouvait à la partie inférieure latérale droite du bassin, le doigt pouvait à peine atteindre la fontanelle bregmatique : maintenant c'est tout le contraire ; la fontanelle antérieure est située au centre du détroit inférieur ; la postérieure est en arrière, vis-à-vis la concavité du sacrum, exactement dans la même direction ; la tête s'est donc placée directement d'avant en arrière. Si on touche souvent, on peut suivre le mouvement de l'occiput et du front, et le rencontrer dans les différens points intermédiaires.

Comment la tête a-t-elle exécuté ce mouvement de demi-pas de vis ? Par un mécanisme bien simple : sur les parties latérales du bassin se trouvent deux plans inclinés en sens inverse ; la tête, toujours pous-

sée par les contraction de la matrice, ne peut sortir à travers le diamètre oblique du détroit inférieur, ses dimensions s'y opposent; elle est donc pressée entre les parois latérales. L'occiput, corps rond, se trouvant en rapport avec le plan incliné en arrière droit, suit la direction de ce plan incliné; le front, correspondant au plan incliné en avant gauche, suit la direction de ce même plan et se trouve ainsi amené derrière la symphyse pubienne, tandis que l'occiput va gagner la courbure de la face antérieure du sacrum. Certains auteurs ont voulu faire jouer un rôle actif aux muscles pyramidaux et obturateurs internes : ils ont dit que ces deux muscles, en se contractant, ajoutaient une force mécanique à l'action toute passive des plans inclinés; ce n'est pas l'avis de M. *Desormeaux*. « Ces deux muscles, dit cet au-« teur, me semblent bien minces et bien faibles pour produire cet « effet autrement qu'en rendant, par leur tension, plus égale la sur-« face sur laquelle roulent les deux points opposés de la tête. » Ce mouvement a donc aussi pour cause les contractions utérines, combinées avec la résistance des parois latérales du bassin.

Le mouvement spiral de la tête, en la plaçant directement d'avant en arrière, a donné un résultat fort avantageux : on voit que le but de la nature était de lui faire présenter ses plus petits diamètres parallèlement aux plus grands du détroit inférieur, et de faire qu'en même temps le diamètre occipito-mentonnier se trouvât dans la direction de l'axe de ce détroit : ce but n'est pas tout à fait atteint. Passons au dernier temps.

Troisième temps. C'est maintenant que commence la difficulté. Les contractions de la matrice sont énergiques, se succèdent à des intervalles peu éloignés; la femme seconde de toutes ses forces le travail de la nature, et à chaque instant on s'attend à voir sortir la tête. Une heure, deux heures se passent, et rien ne bouge. La femme commence alors à s'inquiéter, quelquefois se contourne de mille manières différentes; se jette à droite, à gauche, se cramponne à tout ce qui l'environne, souvent même pousse des cris épouvantables. Un plus ou

moins long espace de temps s'écoule, et le travail n'avance pas du tout; alors l'utérus, fatigué, tombe dans l'inertie, et le travail est totalement suspendu. Pourquoi donc la tête ne s'est-elle pas dégagée? Pourquoi? Il est facile de s'en rendre compte.

Rappelons nous, dit M. *Capuron*, que toujours pour se dégager la tête doit présenter son diamètre occipito-mentonnier, parallèlement à l'axe du détroit inférieur, et que par ce moyen ses plus petits diamètres se trouvent correspondre aux plus grands du bassin. Comment ici pouvoir obtenir ce résultat? Dans la situation où se trouve actuellement la tête, ses diamètres occipito-frontal et bipariétal correspondent, le premier au diamètre cocci-pubien, le second, à celui qui va d'une tubérosité sciatique à l'autre. Dans la direction de l'axe du détroit inférieur se trouve le diamètre occipito-bregmatique; l'occipito-mentonnier est plus ou moins oblique à ce même axe. La flexion de la tête est à son plus haut point, le cou et la poitrine sont engagés. Il est facile maintenant de trouver l'obstacle qui s'oppose à la sortie de la tête. Le diamètre cocci-pubien a quatre pouces, par la rétrocession du coccyx il peut acquérir demi-pouce de plus; il ne surpasse donc le diamètre occipito-frontal que de trois lignes; mais trois lignes ne sont pas suffisantes pour compenser l'épaisseur du cuir chevelu et l'espace occupé par les parties molles de la femme. Voilà bien certainement une raison péremptoire. Pour arriver au but désiré, il faudrait que le menton vînt appuyer contre la saillie sacro-vertébral, mais il est bien évident qu'il en sera toujours séparé par toute l'épaisseur du col, et même par la partie supérieure du thorax. Donc le diamètre occipito-mentonnier ne pourra jamais devenir parallèle à l'axe du détroit inférieur; par conséquent impossible par les seuls efforts de la nature, cet accouchement réclame les secours de l'art.

Voyons maintenant comment va se terminer le travail sur une femme dont le bassin est plus grand, ou bien la tête plus petite que dans l'état normal, ou mieux encore ces deux conditions favorables étant réunies.

Poussé par les contractions utérines, l'occiput, en s'abaissant, décrit en arrière un mouvement d'arc de cercle inverse à celui que fait en devant le visage, qui se relève de plus en plus derrière les pubis. Après avoir suivi toute la face antérieure du sacrum, du coccyx, il arrive enfin au périnée, qu'il distend énormément; le coccyx, mobile dans son articulation avec le sacrum, se retire en arrière, la vulve s'ouvre, les grandes lèvres perdent leur épaisseur, les nymphes se déploient; la peau du voisinage, tiraillée, prête et sert à l'ampliation de la vulve. A chaque contraction on voit la tête se présenter, se retirer; mais bientôt une contraction violente arrive, et l'occiput franchit la commissure postérieure; le périnée, distendu, ne pouvant rester sur le plan incliné très-glissant que lui offre l'occipital, se retire en arrière. La nuque, prenant alors son point d'appui sur le périnée, se renverse en arrière; le visage se détache de la partie supérieure de la poitrine, sort de derrière les pubis, et l'on voit successivement apparaître à la vulve le front, les orbites, le nez, la bouche et le menton.

A peine le menton est-il sorti que la face se tourne à demi vers la cuisse gauche de la mère, comme pour regarder l'aîne; nouvelle preuve, dit M. *Capuron*, du mouvement spiral de la tête dans la cavité du petit bassin. Bientôt les épaules, qui s'étaient engagées diagonalement, changent de direction : la droite, glissant sur le plan incliné en arrière droit, va se loger dans la courbure antérieure du sacrum; la gauche, ramenée par le plan incliné en avant à gauche, vient se placer derrière la symphyse des pubis. Pendant que l'épaule droite, toujours poussée par les contractions de la matrice, parcourt la face antérieure du sacrum, du coccyx, l'épaule gauche se relève derrière la symphyse des pubis; mais immédiatement après que l'épaule droite a franchi la commissure postérieure, la gauche se dégage à la partie supérieure de la vulve : alors le tronc se présente et passe sans difficulté. Au détroit supérieur les hanches se situent diagonalement, s'engagent de même; arrivées sur le plancher de l'excavation, la droite, en raison du mécanisme déjà indiqué, gagne la face anté-

rieure du sacrum, et la gauche vient se loger derrière la symphyse des pubis. La hanche droite parcourt toute la face antérieure du sacrum, du coccyx, arrive au périnée, se dégage la première; la gauche sort immédiatement après, derrière les pubis : dès-lors plus de difficulté pour la sortie des cuisses, des jambes et des pieds, et l'accouchement est terminé. Observons qu'en traversant la filière le tronc n'est point descendu perpendiculairement, comme on le croyait jadis : il s'est courbé de manière à présenter sa concavité en devant, sa convexité en arrière. On sent aisément qu'ainsi courbé il s'est adapté plus aisément à la forme du bassin, et a dû éprouver bien moins d'obstacles à son passage. Dans les divers mouvemens qu'a été obligé d'exécuter le tronc, la tête n'est point restée immobile : elle a dû suivre l'impulsion qui lui était communiquée. Ainsi, pour faire engager les hanches diagonalement, le visage s'est tourné en haut; lorsqu'ensuite elles ont été ramenées, l'une en avant l'autre en arrière, la face a repris sa première position.

Ce sont toujours les contractions de la matrice, combinées avec la résistance des parties molles du bassin, qui ont fait exécuter à la tête et au tronc les mouvemens variés que je viens de décrire. Avant la sortie de la tête, le doigt a pu suivre la marche de l'occiput tout le long de la face antérieure du sacrum, du coccyx : l'œil ensuite nous a fait voir la nuque se renversant en arrière. Un peu plus tard, le doigt nous a de nouveau fait connaître la situation des épaules; et le tronc, en changeant de position, nous a montré les hanches s'engageant diagonalement et sortant ensuite, placées directement d'avant en arrière.

Jusqu'ici c'est toujours l'utérus qui s'est contracté. Ce serait une bien grande erreur de croire que cet organe agit seul pour l'expulsion du fœtus : tous les muscles de l'économie sont en action; les muscles abdominaux, le diaphragme jouent un rôle qui est loin d'être passif. Il suffit de jeter les yeux sur la femme au moment de la douleur pour se convaincre que ces derniers muscles, joignant leur force à celle de la matrice, concourent puissamment au but de la nature.

Prévoyant les difficultés qui résulteront nécessairement de cette

mauvaise situation de la tête, la nature imprime quelquefois au travail une marche différente. Après la rupture de la poche des eaux, quelquefois avant, l'occiput, au lieu de se porter en arrière, se rapproche insensiblement de la cavité cotyloïde droite, et vient enfin se placer derrière la symphyse des pubis. L'accouchement se termine alors comme dans la seconde position. Un cas de ce genre s'est offert à mon observation : « Une femme de vingt-deux ans, primipare, se présente à l'amphithéâtre de M. *Capuron*. La poche des eaux s'était rompue en route. Le professeur touche et reconnaît une troisième position. Nous restons tous, curieux de voir la manière dont se terminera l'accouchement. Une heure après, à notre grand étonnement, nous trouvons l'occiput sous les pubis, et le visage en arrière. En peu de temps le travail fut achevé : la tête était, à peu de choses près, aussi volumineuse que d'ordinaire. »

M. *Nœgèle*, professeur à Heidelberg, a émis, dans un mémoire inséré dans le Journal complémentaire des Sciences médicales, une opinion assez curieuse. Ce professeur a prétendu qu'après la première, cette position était la plus fréquente; que toujours elle se convertissait en seconde, et que c'était seulement par suite de circonstances particulières que l'occiput se portait en arrière. Un grand nombre d'observations l'ont confirmé dans cette opinion. Sans vouloir admettre ou rejeter cette assertion, qu'il me soit au moins permis de douter. Tel est l'avis de M. *Desormeaux*. Ce savant observateur, s'appuyant sur les observations de madame *Boivin*, sur celles qu'il a pu faire lui-même dans sa longue pratique, dit qu'avant de conclure il faut apporter de nouveaux soins à méditer le travail de l'accouchement depuis le commencement jusqu'à la fin.

Après avoir exposé avec détails le mécanisme de l'accouchement dans la troisième position, indiqué la cause et les effets des mouvemens variés qu'exécutent la tête et le tronc, cherchons à prouver, par des autorités et surtout par des exemples, ce que nous avons précédemment avancé.

Les accoucheurs du dernier siècle avaient tous remarqué que la pré-

sence du visage derrière les pubis était une position défavorable, qui souvent même exposait les jours de la mère et de l'enfant. La rareté de la sixième position de *Baudelocque*, dont l'existence est contestée par madame *Lachapelle* et autres accoucheurs, m'autorise à regarder comme troisième ou quatrième position ce que les anciens prenaient pour une mauvaise situation de la tête. Ayant alors à choisir entre ces deux dernières, nul doute que je me déciderai pour la troisième. Cela posé, écoutons *Déventer*.

Cet auteur pense que si l'enfant a le visage en dessus il viendra plus difficilement que dans la situation opposée; dans ce cas, le fœtus ne se fléchis pas aussi aisément, et a beaucoup plus de peine à s'ajuster à la figure du bassin. Il veut alors que la sage-femme veille à ce que la tête tombe droit : pour cela, il faut passer la main ou le doigt sous la tête, reculer le coccyx, faire surtout attention de ne point la blesser ou la rompre contre les pubis, en cherchant à l'attirer en dehors.

Plus tard *Mauriceau*, imbu de l'idée que l'enfant se présente toujours au détroit supérieur l'occiput en avant, émit la même opinion que son contemporain *Déventer*, et vit dans la présentation de la face en dessus une cause de difficulté à l'accouchement. Après avoir énuméré les circonstances relatives à l'enfant qui rendent l'accouchement laborieux, *Mauriceau* ajoute : « La troisième de ces causes particulières « est quand l'enfant vient le visage en dessus, parce que dans le temps « de la douleur de la mère son ventre, en se contractant, comprime « la matrice sur les inégalités des bras et des jambes de l'enfant, qui « sont en dessus comme la face, ce qui fait que le mouvement de la « douleur en étant intercepté, ne peut pas si facilement pousser l'en- « fant en dehors que si la compression se faisait sur le dos de l'en- « fant, comme il arrive quand il a la face en dessous, qui est la si- « tuation naturelle. » Tome 1^er^, page 262.

Sur sept cents observations rapportées dans son second volume, on en trouve dix où l'enfant vient le visage en dessus : je n'en citerai qu'une, les autres manquent de détails suffisans, ou bien sont compliquées d'accidens divers. Dans l'une le bassin était tellement étroit

qu'il fut impossible d'introduire la main ; deux ont présenté une tête fort grosse avec issue du cordon ombilical, ce qui a nécessité la version ; une autre était compliquée d'hémorrhagie et l'enfant difforme. Dans deux, *Mauriceau* termine l'accouchement sans dire comment. La septième a pour sujet un accouchement compliqué de la sortie du bras ; dans la huitième, il y a deux enfans ; le sujet de la neuvième est un avortement à six mois. Voyons-donc la dixième.

« Le 17 septembre 1793, j'accouchai une femme d'une fille qui venait le visage en dessus, ce qui prolongea tellement le travail de la mère, qu'elle en fut beaucoup fatiguée durant deux jours entiers, n'ayant pendant tout ce temps que de très-mauvaises douleurs, qui, rejaillissant vers les reins sans se déterminer en bas, ne purent qu'à grande peine expulser l'enfant, quoique la matrice eût été suffisamment dilatée dans l'abord, et que la tête de l'enfant eût été entièrement poussée au passage immédiatement après l'écoulement de ses eaux, où elle demeura vingt-quatre heures ; après quoi il survint à la mère deux seules bonnes douleurs, qui la firent accoucher heureusement de cet enfant, qui se portait bien ; mais qui, n'étant que d'une médiocre grosseur en comparaison de ses précédens enfans, aurait été expulsé bien plus promptement qu'il ne le fut s'il avait eu la face tournée en dessus, comme tous les enfans, tant les garçons que les filles, ont ordinairement dans la posture naturelle. » L'explication de *Mauriceau* a déjà été donnée, ainsi je la supprime pour abréger.

Presqu'en même temps que *Mauriceau*, en France, *Smellie*, en Angleterre, tout en admettant que la tête s'engage diagonalement, reconnaissait que la présence du visage en devant était une position désavantageuse, et appliquait le forceps. Avant toutefois d'en venir à cette extrémité, *Smellie* avait recours à d'autres moyens. Prenons des observations de l'un et l'autre cas.

« En 1747, je fus appelé par une sage-femme pour l'aider à délivrer une femme auprès de laquelle elle avait passé près de deux jours, et qui avait coutume d'accoucher avec beaucoup de facilité, ce qui lui faisait juger que pour cette fois l'enfant devait être d'un volume

extraordinaire. En touchant cette femme, je reconnus que l'enfant était situé de manière que la fontanelle se trouvait vers l'aine du côté gauche, et le vertex au côté droit du coccyx. Je dilatai doucement l'orifice externe pendant chaque douleur, observant de relever un peu la tête chaque fois que les douleurs commençaient à se ralentir, et de tourner le front vers le côté gauche de l'os sacrum. A mesure que les douleurs reprenaient je retirais ma main, qui était suivie de la tête de l'enfant, et par ce moyen cette femme fut délivrée en peu de temps. (Tome 2, page 310.)

En 1774, j'assistai une dame qui avait coutume d'accoucher toujours avec beaucoup de facilité. Lorsqu'on m'appela, les membranes étaient rompues, et l'orifice de la matrice était amplement dilaté : néanmoins la tête avançait très-lentement; enfin trouvant le vertex à la partie inférieure du coccyx et la fontanelle au-dessous du pubis, j'essayai de relever la tête et de tourner le front vers le côté gauche du bassin, mais je ne pus en venir à bout; cependant, lorsque je vins à retirer ma main, la tête se trouva chassée encore plus bas par une forte douleur. Dans cet instant, le vertex refoula le périnée et les parties postérieures au point de les faire saillir en forme de grosse tumeur; pour lors le front, la face, le menton, se tournèrent de bas en haut vers le pubis, et le vertex remonta en faisant un demi-tour pour se dégager de contre le périnée et les parties postérieures. Cet enfant était petit; il n'eut pas plutôt la tête à l'air qu'il se mit à crier, même avant d'avoir le corps dégagé. (Même page.)

On trouve également, pag. 314, un accouchement où l'enfant vint en troisième position : il fut assez promptement terminé. L'enfant était mort et très-petit. Voyons maintenant un cas où l'accouchement ne put se terminer naturellement.

En 1744, je fus appelé au secours d'une femme qui était restée pendant long-temps en travail depuis que les membranes s'étaient rompues. Voyant que la malade était fort épuisée, que les douleurs se ralentissaient et que la tête était descendue fort bas, je jugeai qu'il était à propos d'aider l'accouchement, afin de prévenir les dangers

qui menaçaient la mère et l'enfant. Je fis coucher la malade sur le dos, je dilatai l'orifice externe, je relevai la tête au-dessus du bord du bassin; puis j'introduisis mes doigts et ma main à plat entre la tête et le sacrum, où je reconnus la partie postérieure du col, ce qui me fit juger que le front était en avant. Voyant que l'embarras ne venait que de la mauvaise position de la tête, j'essayai d'abord de tourner le front vers la partie postérieure du bassin; mais ne pouvant y réussir, parce que la tête était trop glissante, je fis quelques tentatives pour délivrer cet enfant par les pieds. Je fus pareillement obligé de me désister de cette seconde entreprise, à cause des violentes contractions de la matrice, ce qui m'obligea à retirer ma main; après quoi j'introduisis le forceps le long des oreilles, puis je tirai dessus avec assez de force, afin d'amener la tête dans la situation où elle se présentait. Par ce moyen je la fis descendre si bas, que je sentais ensuite la fontanelle un pouce au-dessous du pubis; mais je ne pouvais espérer de la faire passer outre, à moins de m'exposer à déchirer tout le périnée, et même l'anus, fortement distendu, pour donner passage au vertex. Sur ces entrefaites, je retirai mon forceps, et j'introduisis en sa place un crochet mousse, terminé par un bouton arrondi, fait exprès, que je fis monter le long des côtés de la tête jusqu'au-dessus du menton. Lorsque je l'eus ainsi appliqué, j'attirai le front et la face au-dessous du pubis, après quoi je délivrai l'enfant. (Tom. II, pag. 535.)

Si, laissant maintenant de côté les auteurs du dernier siècle, j'arrive aux accoucheurs modernes, je trouve même conformité de sentimens; tous, sans indiquer la même cause, reconnaissent le même effet. Madame *Lachapelle*, dont l'autorité est, certes, d'un grand poids, s'exprime ainsi au sujet de cette position. « La station du front derrière les pubis, après une rotation difficile par la largeur des surfaces; la nécessité d'un violent abaissement de l'occiput, d'une flexion outrée de la tête, de l'engagement des épaules dans le détroit supérieur; la brièveté du levier sur lequel agit le rachis; enfin le double mouvement d'arc de cercle nécessaire d'abord pour le

« dégagement de l'occiput, puis pour celui du front, dégagement « dont le premier ne s'opère que par la présentation de tout le dia- « mètre occipito-frontal à la vulve, tout cela doit rendre l'accouche- « ment souvent long, toujours pénible. Si l'inertie survient, il faut « nécessairement terminer par le forceps. » *Baudelocque* dit que toujours l'accouchement est plus difficile que dans les trois premières positions, et qu'il peut le devenir bien plus encore par les circonstances variées qui ne compliquent que trop souvent le travail. *Gardien*, *Desormeaux* trouvent la principale difficulté dans la longueur du trajet que l'occiput, qui doit toujours sortir le premier, est obligé de parcourir en arrière pour se dégager ; de plus, le front ne pouvant pas s'engager sous l'arcade des pubis, est obligé de se relever derrière cette symphyse, à la surface interne de laquelle il reste appliqué pendant que l'occiput chemine pour arriver à la commissure postérieure. Cette portion de l'arcade sous-pubienne est donc inutile pour la sortie de la tête, et le détroit inférieur est rétréci d'autant dans le sens du diamètre cocci-pubien. Enfin M. *Capuron*, non-seulement reconnaît la difficulté de l'accouchement, mais encore assure avoir toujours été obligé d'appliquer le forceps lorsque la tête avait les dimensions ordinaires.

Certains auteurs ont ajouté que le frottement éprouvé par la face contre la symphyse du pubis apportait un nouvel obstacle à la prompte terminaison de l'accouchement. Il est facile de se convaincre combien est peu solide une pareille raison. Pendant que la tête remonte derrière les pubis, la flexion est portée à un tel point, que ce frottement est tout à fait impossible ; il ne peut avoir lieu qu'au moment où le visage se détache de la poitrine pour obéir au mouvement de flexion en arrière qu'exécute l'occiput, mais alors rien ne s'oppose plus à la sortie de la tête.

Fort de l'autorité des anciens et des modernes, je puis maintenant conclure que toujours le bassin et la tête étant bien conformés, malgré la réunion de toutes les circonstances favorables pour un travail naturel, l'accouchement, physiquement impossible par les seuls efforts

de la nature, réclame impérieusement les secours de l'art. L'exemple recueilli à l'amphithéâtre de M. *Capuron*, celui que m'a fourni *Mauriceau*, les deux extraits de *Smellie*, m'autorisent à avancer que toujours le bassin de la femme étant plus grand, ou bien la tête étant plus petite que dans l'état normal, l'accouchement, quoique long et difficile, peut cependant être abandonné aux efforts de la nature.

Ce serait peu de chose d'avoir démontré l'impossibilité de l'accouchement, si je ne faisais connaître le moyen de suppléer aux forces impuissantes de la mère. Je vais donc tracer la conduite que doit tenir l'accoucheur dans ces cas malheureux où l'enfant va périr si on ne le secourt promptement, et où la mère court les plus grands dangers si on l'abandonne.

Ce n'est point dans les anciens que je trouverai tracée la conduite que doit tenir l'accoucheur; les pratiques superstitieuses, employées du temps de *Peu*, ne méritent certainement pas d'être mentionnées. Qui oserait aujourd'hui conseiller de faire dire une messe à la Vierge, d'allumer un gros cierge? Ces paroles mystérieuses récitées aux femmes sur le lit de misère, ces amulettes qu'on leur suspendait aux cuisses, que pouvaient-elles faire pour l'accouchement? Mes lecteurs en jugeront.

Un accoucheur célèbre a émis l'opinion de tuer l'enfant pour l'extraire avec plus de facilité. Sur quoi se fondait *Mauriceau*, en donnant un pareil précepte? Sur l'autorité des pères de l'Église; Tertullien l'avait ainsi décidé. Je ne veux point contester la compétence des saints pères, ce serait le cas de me dire : *non est hic locus*. Je demanderai seulement à l'accoucheur de quel droit il dispose d'une vie qui ne lui appartient pas. Ainsi donc loin de nous l'idée d'une pareille barbarie, et cherchons ailleurs des préceptes plus conformes avec nos mœurs et notre degré de civilisation, et surtout plus en harmonie avec les progrès de l'art des accouchemens.

Il serait trop long de passer en revue l'opinion des différens auteurs, et je me contenterai d'indiquer la conduite qui me paraît la plus sage. Avant la rupture de la poche des eaux il n'y a rien à faire. La na-

ture, si elle le juge nécessaire, changera la situation de la tête. Si la poche des eaux est rompue, trois cas peuvent se présenter : la tête sera encore au détroit supérieur, la tête sera engagée, la tête sera à la vulve.

Lorsque la tête est encore au détroit supérieur, madame *Lachapelle* veut qu'on pratique la version. Quoique assez facile, si on l'entreprend immédiatement après la rupture de la poche des eaux, la version est loin d'être une manœuvre innocente ; elle expose la mère à une inflammation peut-être mortelle, à une rupture de la matrice ; l'enfant lui-même périt souvent victime de tentatives mal dirigées. S'il y a long-temps que les eaux se sont écoulées, la version est pleine de difficultés et de dangers pour la mère et pour l'enfant. Restons donc tranquilles spectateurs des efforts de la nature.

Lorsque la tête est engagée, on a conseillé de chercher à ramener l'occiput en avant. Mais comment l'y ramènera-t-on? Sera-ce avec la main, ou avec des instrumens ? Si c'est avec la main, on peut mesurer la force qu'on emploiera, cela n'empêchera pas que souvent on ne torde le cou de l'enfant. Si c'est avec le levier, on court risque d'endommager les parties de la mère, de contondre la vessie, le rectum : on risque également de tordre le cou de l'enfant. Ainsi donc encore ici laissons agir la nature, et, avant que de rien entreprendre, sachons si elle ne se suffira pas toute seule.

Dans le troisième et dernier cas, lorsque la tête est à la vulve, le seul et unique remède est le forceps. Cet instrument, bien manié, ne fait aucun mal à la mère, et n'expose pas le moins du monde les jours de l'enfant. Avant de l'appliquer, il faut situer convenablement la mère. Sans aller faire beaucoup de préparatifs, qui ne manqueraient pas de l'effrayer, on se contente d'amener la femme au bord du lit ; on glisse entre les matelas un corps solide ; les cuisses, convenablement écartées, sont confiées à deux aides assez forts pour les maintenir immobiles ; un troisième, placé derrière le tronc, sous lequel des oreillers sont mis en travers, s'empare des deux bras et empêche que la femme ne glisse. Le bassin doit déborder un peu le bord du

lit. L'accoucheur, assis, à genoux, ou debout, suivant la hauteur du lit, se place entre les cuisses, et reçoit les branches du forceps d'un quatrième aide chargé de lui donner également tout ce qui est nécessaire. Les branches ont été préalablement chauffées à peu près à la température du corps, et enduites de mucilage.

La branche à pivot se tient de la main gauche, à peu près comme une plume à écrire, la nouvelle courbure en dessus; la main droite, préalablement enduite d'un corps gras ou mucilagineux, est portée dans le vagin le plus haut possible ; on tâche surtout de glisser quelques doigts entre le col et la tête. Cela posé, on insinue une partie de la cuillère entre le cuir chevelu et le creux de la main; avec le pouce fixé sur la jumelle inférieur, on assujettit la branche contre l'aine droite; la main gauche est alors portée vers l'extrémité recourbée en forme de chrochet mousse, on s'éloigne de l'aine de la femme, et on abaisse. Par ce mouvement, la cuillère glisse entre la main et le cuir chevelu, suit la partie latérale de la tempe, de la joue, et arrive enfin jusqu'au menton, où on l'arrête. Si on éprouve quelque difficulté occasionée par une ride qui se formerait au cuir chevelu, on porte le manche de l'instrument vers la cuisse opposée; par ce moyen, la cuillère appuie fortement contre le doigt, la ride s'efface. On redonne à l'instrument sa première direction, et on continue d'avancer. Le manche étant abaissé jusqu'à être à peu près dans la direction de l'axe du détroit inférieur, on le confie à un aide, avec injonction de ne pas bouger. Avec la main droite, on prend la branche à mortaise, que l'on introduit avec les mêmes précautions et d'une manière tout à fait semblable. Si la mortaise vient rencontrer exactement le pivot, c'est une preuve que le forceps est bien appliqué, il n'y a plus alors qu'à tourner le bouton et assujettir les branches à l'aide d'un linge. Cela fait, la main droite, en pronation, est portée à l'extrémité de l'instrument; avec la gauche, en supination, on soutient le périnée. On relève vers le ventre de la femme jusqu'à ce que l'occiput ait franchi la commissure postérieure; il faut alors changer la position de la main qui est à l'extrémité, la placer en supination. Le bord radial de la

main gauche, en supination, est également appliqué contre l'anus de la femme ; alors au lieu de continuer à relever, on abaisse l'instrument, et l'on fait sortir de dessous les pubis les yeux, le nez et enfin le menton. La tête étant sortie, on défait le pivot et on laisse la nature achever seule le travail.

PROPOSITIONS.

I.

Après les grandes opérations chirurgicales, il vaut mieux réunir médiatement que tenter une réunion immédiate.

II.

Les rétrécissemens du canal de l'urètre sont tous curables par la dilatation ; on doit donc préférer cette méthode aux caustiques et aux incisions.

III.

Les immersions dans l'eau froide peuvent seules, et sans les secours des antispasmodiques, guérir la chorée.

IV.

L'extraction, l'abaissement ne sont point deux méthodes exclusives ; il est des cas où l'une est préférable à l'autre.

V.

Toutes les fièvres essentielles ne sont ni des gastro-entérites, ni des encéphalites ou autres phlegmasies.

VI.

Le traitement des brûlures varie suivant le degré, suivant l'étendue. Dans certains cas il serait imprudent, disons mieux, on tuerait le malade en contrariant les efforts de la nature; d'autres fois, au contraire, on doit la forcer à opérer la guérison par formation d'un tissu cutané nouveau.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mulier prægnans, si quidem marem gestat, benè colorata est : si verò feminam, malè colorata. *Sect.* 5, *aph.* 42.

II.

Quæ præter naturam crassæ existentes non concipiunt in utero, his omentem os uteri comprimit, et, priùsquam attenuentur, prægnantes non fiunt. *Ibid.*, *aph.* 46.

III.

Fœtus, mares quidem in dextris, feminæ verò in sinistris magis. *Ibid.*, *aph.* 48.

IV.

Ut secundæ excidant, sternutatorio indito, nares et os apprehendere oportet. *Ibid.*, *aph.* 49.

V.

Si ex intestinis tenuibus aliquod dissectum fuerit, non coalescit. *Sect.* 6, *aph.* 24.

VI.

Quæ medicamenta non sanant, ea ferrum sanat. Quæ ferrum non sanat, ea ignis sanat. Quæ verò ignis non sanat, ea insanabilia existimare oportet. *Sect.* 8, *aph.* 6.